

Entiendo y acepto lo siguiente como parte de recibir la vacuna de COVID-19 de Griffin Hospital:

- No hay copago, ni gastos de mi bolsillo.
- Griffin Hospital ha recibido la vacuna sin costo alguno y no enviará facturas buscando pagos por el costo de la vacuna.
- Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para recibir la vacuna de COVID-19 y reconozco que los riesgos, beneficios y alternativas se me han explicado a mi satisfacción. Entiendo que la vacuna de COVID-19 tiene posibles efectos secundarios. Entiendo que existe un riesgo remoto de efectos secundarios más graves o inesperados. Entiendo que el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 ha sido autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés).
- Yo permito que Griffin Hospital obtenga pago por administrarme la vacuna. Entiendo y acepto las siguientes disposiciones:

Divulgación de información confidencial: Entiendo que la información de mi atención médica es confidencial y está protegida contra la divulgación por ley, pero que puede ser usada para tratamiento, pagos por servicios provistos, y operaciones de atención médica.

Divulgación a la aseguradora: Entiendo que el Hospital Griffin y/o cualquier entidad médica u organización que brinde servicios médicos y pueda divulgar información a mi(s) aseguradora(s) para justificar el pago por atención médica o servicios médicos, o empleadores (y/o sus aseguradoras) en materia de Indemnización Laboral. A dichas personas o entidades se les permite examinar y obtener la información necesaria de mis registros médicos de acuerdo con la ley de aplicación relacionada con los pacientes y de las políticas de registros médicos del Hospital Griffin.

Asignación de beneficios: Asigno al Hospital Griffin y/o a cualquier médico, entidad u organización que me hayan brindado servicios médicos y a cada uno de los beneficios, incluido el pago a los que yo pueda tener derecho. Los pagos incluyen los de cualquier agencia gubernamental, compañía de seguros u otras personas financieramente responsables de la atención médica que me hayan brindado a mí o a mi dependiente.

Apelación: Acepto que el Hospital Griffin pueda apelar cualquier rechazo de pago por parte de mi compañía de Seguro por la atención brindada.

Disposiciones específicas para personas con Seguro de Medicare: Certifico que la información que he proporcionado para solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Entiendo que cualquier titular de mi información médica o de otro tipo sobre mi tratamiento puede divulgar a la Administración del Seguro Social y / o a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o a sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria en relación con un reclamo de Medicare. En relación con un reclamo de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios de Medicare pagaderos por los servicios del médico al médico, entidad u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico, entidad u organización a presentar un reclamo a Medicare en mi nombre.

Testimonio: Al firmar este formulario hago constar que yo cumplo con los requisitos de elegibilidad para la vacuna del Estado de Connecticut.

Firma del paciente o Persona responsable

Fecha/Hora

Relación del paciente con la persona responsable (si aplica)



FORMULARIO DE VACUNACIÓN DE COVID-19

GRIFFIN HEALTH

Nombre (Name): _____

Sexo (Gender): _____

Número de Seguro Social (Social Security #): _____

Fecha de nacimiento (Date of Birth): _____

Número de teléfono (Phone Number): _____

Email: _____

Dirección (Address): _____

Ciudad / Estado (City/State): _____

Empleador (Employer): _____

Nombre de Seguro Primario (Primary Insurance): _____

Nombre de Seguro Secundario (Secondary Insurance): _____

Número de identificación del seguro (Insurance ID Number): _____

Nombre del suscriptor (Subscriber Name): _____

Fecha de nacimiento del suscriptor (Subscriber DoB): _____

Relación del suscriptor con el paciente (Subscriber Relationship to Patient): _____

Raza - círculo uno (Race): Indio Americano/Nativo de Alaska (American Indian/Alaska Native) Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico (Native Hawaiian or other Pacific Islander)
 Asiático (Asian) Blanco (White)
 Negro o Afroamericano (Black or African American) Otro (Other)

Etnicidad - círculo uno (Ethnicity): Hispano/Latino No Hispano/Latino Desconocido/No Registrado (Unknown)

FOR OFFICE USE ONLY

VAMS 3rd Party Attestation _____ Nurse Name: _____

**BILLING PROCEDURE
CODE NUMBER**

SELECT

DATE:

21	PFIZER VACCINE 1ST ADMIN	
22	PFIZER VACCINE 2ND ADMIN	
31	MODERNA VACCINE 1ST ADMIN	
32	MODERNA VACCINE 2ND ADMIN	
71	J & J VACCINE ADMIN	

LOT NUMBER:

INJECTION SITE:

SHELTON SITE NAUGATUCK SITE MOBILE – OFF-SITE MOBILE – 35 CARS LOCATION: _____